Deutscher Bundestag **Drucksache 17/9061**

17. Wahlperiode 21. 03. 2012

Antrag

der Abgeordneten Mechthild Rawert, Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, Petra Ernstberger, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Angelika Graf (Rosenheim), Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Dr. Carola Reimann, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD

Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind Leistungen, die nicht zum festgeschriebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Von den gesetzlichen Krankenkassen werden sie deshalb grundsätzlich nicht finanziert. Patientinnen und Patienten müssen solche Leistungen aus der eigenen Tasche bezahlen.

Im Jahr 2010 wurden in deutschen Arztpraxen Individuelle Gesundheitsleistungen im Wert von 1,5 Mrd. Euro erbracht. Es handelt sich um einen schnell wachsenden Markt. Im Vergleich zu 2008 ist der Umsatz mit Individuellen Gesundheitsleistungen um 500 Mio. Euro gestiegen.

Patientinnen und Patienten werden in den Arztpraxen zum Teil durch aggressives Marketing zu den Leistungen gedrängt. Häufig erhalten die Patientinnen und Patienten weder schriftliche Behandlungsverträge noch schriftliche Rechnungen. Diese Verhaltensweisen schädigen das Arzt-Patienten-Verhältnis. Weil die Patientinnen und Patienten in der Regel nicht beurteilen können, ob die Kassenleistungen für sie ausreichend sind, wird durch die Individuellen Gesundheitsleistungen suggeriert, dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht ausreichend sei und den gesetzlich Krankenversicherten wichtige Leistungen vorenthalten würden.

Für zwei der am häufigsten verkauften Individuellen Gesundheitsleistungen (Glaukom- und vaginales Ultraschallscreening) gibt es keine Anhaltspunkte für einen patientenrelevanten Nutzen. Bei anderen Individuellen Gesundheitsleistungen, wie z. B. der Colon-Hydro-Therapie, werden neben dem fehlenden Patientennutzen sogar gravierende Schäden (z. B. Darmblutungen) berichtet.

Individuelle Gesundheitsleistungen werden deutlich häufiger Patientinnen und Patienten mit höheren Einkommen angeboten. Dadurch verdichtet sich der Eindruck, dass bei der Erbringung dieser Leistungen nicht die medizinische Notwendigkeit im Vordergrund steht, sondern die wirtschaftlichen Interessen der Ärztin oder des Arztes. Neben klassischen Individuellen Gesundheitsleistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, stellen immer mehr Ärztinnen und Ärzte auch solche Leistungen privat in Rechnung,

die bei medizinischer Indikation sehr wohl von den gesetzlichen Kassen bezahlt würden.

Auch innerhalb der Ärzteschaft wächst die Einschätzung, dass der Missbrauch von Individuellen Gesundheitsleistungen durch die Ärztinnen und Ärzte mittlerweile ein Problem darstellt. Individuelle Gesundheitsleistungen werden als Gefährdung einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung gesehen, insbesondere dann, wenn die Patienten sich nicht sicher sein können, ob es dem Arzt in erster Linie um die Lösung ihrer gesundheitlichen Probleme oder um eine zusätzliche Einkommensquelle geht. Andererseits sehen einzelne Facharztgruppen die Ausweitung der Individuellen Gesundheitsleistungen aus rein wirtschaftlichen Gründen als unerlässlich an.

Diese Rahmenbedingungen für Individuelle Gesundheitsleistungen sind nicht länger hinnehmbar, schaden sie doch sowohl den Patientinnen und Patienten als auch dem Vertrauensverhältnis zu ihren Ärztinnen und Ärzten und dem Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung deshalb auf,

ein Gesetz mit den folgenden Inhalten vorzulegen:

1. Hat eine Ärztin oder ein Arzt für eine Patientin oder einen Patienten eine Individuelle Gesundheitsleistung erbracht, darf sie oder er für diese Patientin oder diesen Patienten am selben Tag keine Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Ausnahmen hiervon sind von der Patientin oder vom Patienten selbst nachgefragte spezielle Leistungen, wie z. B. Reiseimpfungen oder sportmedizinische Untersuchungen.

   Damit soll Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, die Entscheidung für oder gegen eine derartige Leistung ohne Druck und Zwang zu treffen. Diese Regelung wird in den vertragsärztlichen Pflichten normiert und bei Zuwiderhandlung von den Kassenärztlichen Vereinigungen sanktioniert, bis hin zum Zulassungsentzug. Ausgenommen sind Leistungen, von denen angenommen werden kann, dass sie Anlass des Arztbesuches sind, z. B. Reiseschutzimpfungen oder sportmedizinische Untersuchungen. Leistungen dieser Art sind genau zu katalogisieren.

2. Bei Individuellen Gesundheitsleistungen muss grundsätzlich ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen werden. Der Arzt wird dabei verpflichtet, umfassend zu informieren, u. a. auch darüber, warum eine Individuelle Gesundheitsleistung nicht GKV-Leistung ist, bzw. wann sie es wäre. In einem persönlichen Gespräch sind Patientinnen und Patienten umfassend über die Individuelle Gesundheitsleistung aufzuklären. Diese Beratungsgespräche sind ausschließlich von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten vorzunehmen, nicht an Dritte zu delegieren und kein Ersatz für eine schriftliche Aufklärung. Der Patient erhält bei allen Individuellen Gesundheitsleistungen immer eine schriftliche Rechnung.

3. Bei Formverstößen, z. B. fehlenden Informationen im Behandlungsvertrag oder fehlender schriftlicher Rechnung, ist der Patient nicht verpflichtet, die Rechnung zu zahlen.

4. In jeder Arztpraxis, in der Individuelle Gesundheitsleistungen erbracht werden, muss eine Übersicht über die angebotenen Individuellen Gesundheitsleistungen als Information der Bundesregierung aushängen. Für jede Individuelle Gesundheitsleistung muss dabei angegeben sein, warum sie nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten ist. Dabei sollen die folgenden Kategorien unterschieden werden:

- Leistungen, die wegen der sozialgesetzlichen Regelungen nicht GKV-Leistungen sein können, die aber aufgrund spezifischer Bedürfnisse eines Versicherten sinnvoll sein können (z. B. Impfung vor Fernreisen, sportmedizinische Untersuchungen);
- Leistungen, die nur bei bestimmten Indikationen von der GKV übernommen werden;
- Leistungen, deren Beratung im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht beantragt wurde;
- Leistungen, die aktuell im Gemeinsamen Bundesausschuss beraten werden;
- Leistungen, für die der Gemeinsame Bundesausschuss einen ablehnenden Beschluss gefasst hat, da kein ausreichender therapeutischer Nutzen belegt wurde.

Als Ergänzung dazu wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, allgemeinverständliche und patientenorientierte Informationen über Individuelle Gesundheitsleistungen zu formulieren. Dies soll den Patientinnen und Patienten helfen, eine fundierte Entscheidung für oder gegen eine Individuelle Gesundheitsleistung zu treffen. Dazu sollen nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin der mögliche Nutzen und Schaden für die Patientinnen und Patienten geprüft und bewertet werden. Ärztinnen und Ärzte werden verpflichtet, ihre Patienten auf der Basis dieser Informationen umfassend zu informieren. Die Informationen über die jeweilige Individuelle Gesundheitsleistung werden Bestandteil des schriftlichen Behandlungsvertrages.

5. Die Kassen werden ebenfalls zu umfassender Aufklärung ihrer Versicherten verpflichtet.
6. Die Bundesregierung lässt sich in regelmäßigen Abständen über die Entwicklung bei Individuellen Gesundheitsleistungen berichten. Mit der Erstellung dieser Berichte wird die Verbraucherzentrale Bundesverband beauftragt. Ziel ist es, mehr Informationen zur Struktur des Marktes der Individuellen Gesundheitsleistungen zu erhalten, um hier im Interesse der Patientinnen und Patienten zu mehr Transparenz und Qualitätssicherung zu gelangen.
7. Um die Bewertungen neuer Diagnose- und Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschleunigen, wird die Verfahrenslaufzeit begrenzt.
8. Die Bundesregierung wird aufgefordert, dafür zu sorgen, dass in den vertragsärztlichen Verpflichtungen bei der Zulassung durch die regionalen Zulassungsausschüsse sichergestellt wird, dass Vertragsärztinnen und -ärzte den überwiegenden Anteil ihrer Arbeitszeit für die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Kassenleistungen verwenden.

Berlin, den 21. März 2012

Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333